

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 26

DÉFORMATIONS DE LA HANCHE

CONSÉCUTIVES

AUX ARTHRITES SUPPURÉES

DE LA PREMIÈRE ENFANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges COKINOS

Né à Kirk-Kilissé (Turquie), le 25 septembre 1872.



LYON

IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Anc^t SCHNEIDER FRÈRES

Quai de l'Hôpital, 9

—
1902

DÉFORMATIONS DE LA HANCHE
CONSÉCUTIVES
AUX ARTHRITES SUPPURÉES
DE LA PREMIÈRE ENFANCE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 26

DÉFORMATIONS DE LA HANCHE

CONSÉCUTIVES

AUX ARTHRITES SUPPURÉES

DE LA PREMIÈRE ENFANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

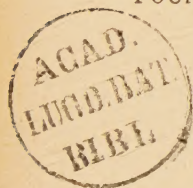
Et soutenue publiquement le 2 décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges COKINOS

Né à Kirk-Kilissé (Turquie), le 25 septembre 1872.



LYON

IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Anc^t SCHNEIDER FRÈRES

Quai de l'Hôpital, 9

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAudeau.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants.		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SIRAUD.	MM. BÉRARD.	MM. VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FOCHIER, *Président* ; Aug. POLLOSSON, *Assesseur* ;
MM. NOVE-JOSSERAND et VILLARD, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

INTRODUCTION

Dans le cours de ces dernières années, un certain nombre de travaux importants ont mis au point la question des arthrites suppurées qui sont assez fréquentes chez les enfants du premier âge.

Il résulte de ces travaux que ces arthrites suppurées sont, dans un certain nombre de cas, de simples synovites, mais que beaucoup plus souvent qu'on ne pouvait le penser *a priori*, ces arthrites suppurées résultent de la propagation à l'articulation d'une ostéomyélite évoluant à son voisinage.

On a également bien montré quelle est l'évolution et la gravité de ces arthrites suppurées de la première enfance, et à ce point de vue on est arrivé à cette conclusion que l'arthrite suppurée dans la première enfance est une affection très grave au point de vue général, la proportion de morts étant assez élevée, mais qu'au point de vue local elle paraît avoir une bénignité très grande, car lorsque l'enfant a échappé au danger de septicémie, il guérit vite et bien, ne conservant le plus souvent aucun trouble fonctionnel de l'articulation atteinte.

Nous nous proposons, dans cette thèse, de montrer que contrairement à cette opinion classique, assez souvent l'arthrite suppurée de la hanche laisse à sa suite des désordres permanents qui peuvent occasionner des trou-

bles fonctionnels assez graves pendant toute la vie du malade, et que, par conséquent, le bon pronostic local de l'arthrite suppurée chez les tout jeunes enfants ne doit être admis qu'avec des réserves assez grandes.

Nous diviserons ce travail en deux parties : dans la première, nous rappellerons l'histoire de l'arthrite suppurée de la hanche chez les jeunes enfants, telle qu'elle résulte des travaux précédant le nôtre; dans la seconde partie, nous rapporterons nos observations et nous ferons une étude de l'anatomie pathologique, des symptômes et du traitement des suites éloignées des arthrites suppurées de la hanche dans la première enfance.

Avant de commencer notre travail, nous tenons à remercier nos maîtres de Bordeaux et de Lyon, qui nous ont aidé de leurs bons conseils et de leurs savantes leçons.

M. le professeur Fochier nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous ne saurions trop l'en remercier; qu'il reçoive ici l'expression de notre vive gratitude.

M. le professeur agrégé Nové-Josserand nous a fait toujours un excellent accueil dans son service. Il ne nous a jamais ménagé ses conseils pendant notre travail, dont il nous a donné l'idée et qu'il nous a aidé à mener à bonne fin.

Si ce modeste essai présente quelque intérêt, nous serons heureux de lui en rapporter tout l'honneur, et nous le prions de croire à notre bien vive reconnaissance.

PREMIÈRE PARTIE

Arthrite suppurée de la hanche chez les jeunes enfants.

I. **Étiologie.** — L'arthrite suppurée de la hanche chez les jeunes enfants peut procéder de causes absolument semblables à celles qui produisent les arthrites suppurées des adultes. Les lésions traumatiques, l'ouverture de l'articulation, la propagation d'une inflammation voisine, lymphangite, abcès chauds du voisinage, sont autant de causes d'arthrite suppurée, mais il faut remarquer qu'elles interviennent bien plus rarement à la hanche qu'à d'autres articulations, au genou par exemple, en raison de la situation profonde de cette articulation.

Mais à cette étiologie banale, il faut en joindre une autre bien particulière, celle-là, à la première enfance qui intervient beaucoup plus souvent. L'arthrite suppurée de la hanche est presque toujours le résultat d'une infection générale, qui tantôt se localise dans la synoviale, tantôt n'envahit l'articulation qu'après s'être localisée dans un os voisin et y avoir déterminé un point d'ostéomyélite.

On sait combien sont nombreuses les causes d'infection pendant les deux premières années de la vie : le nouveau-né peut être infecté déjà pendant le travail; Lannelongue et Allard ont cité des exemples de nouveau-nés atteints d'ostéomyélite, tandis que la mère présentait des accidents puerpéraux.

L'infection peut encore se réaliser dans les tout premiers jours de la vie par la cicatrice ombilicale : ainsi, sur onze cas rapportés par Aldibert (1), cinq fois la voie d'infection paraissait être l'ombilic. Des lésions plus accidentelles, telles que la mammité des nouveau-nés (Gouilloud), l'ophtalmie purulente, la vaccination, ont pu devenir aussi le point de départ d'infection osseuse ou articulaire chez les nouveau-nés.

Mais beaucoup plus fréquente est l'infection par la voie gastro-intestinale : comme l'a montré Damourette (thèse de Paris, 1894), la déglutition de lait contenant du pus peut devenir le point de départ d'une infection générale. Toutes les causes de gastro-entérite peuvent agir de même. Enfin les ulcérations buccales dues à la dentition peuvent, elles aussi, être une porte d'entrée pour les germes infectieux, soit qu'ils passent directement dans le sang, soit qu'ils aient été déglutis pour être ensuite absorbés par le tube digestif.

N'oublions pas, enfin, que les fièvres éruptives, et plus particulièrement la rougeole, peuvent se compliquer d'arthrite suppurée de la hanche.

Les microbes qui sont les agents de l'infection articulaire, sont le plus souvent des streptocoques ; mais on rencontre aussi des staphylocoques et des pneumocoques.

II. Anatomie pathologique. — L'infection étant réalisée, on a pensé pendant longtemps qu'elle se portait immédiatement sur l'articulation et qu'elle occa-

(1) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1894.

sionnait ainsi une véritable arthrite suppurée primitive. Kœnig (1), dans un ouvrage tout récent, insiste dans les termes suivants sur cette origine synoviale des arthrites suppurées de la première enfance : « Il faut remarquer, dit-il, que chez l'enfant, surtout dans la première année, mais aussi dans la première moitié de la seconde année, le territoire des extrémités articulaires susceptible d'être malade est bien moindre que chez l'adulte ; comme nous l'avons vu, après l'accouchement, la tête et le col sont en partie cartilagineux et du côté du cotyle peu d'os est développé ; une ostéite étendue ne trouve donc pas sa place dans le cours de la première année. Il résulte de ces considérations que l'arthrite suppurée de la hanche dans la première enfance se porte exclusivement sur la synoviale. »

Il est très probable que ces synovites primitives existent, sont même assez fréquentes et que c'est à elles qu'il faut rapporter ces cas à guérison rapide et complète, sur lesquels est fondée l'opinion classique de la bénignité locale de ces arthrites suppurées.

Cependant, il n'est pas possible de souscrire entièrement à l'affirmation de Kœnig : les autopsies que l'on a rapportées dans le cours de ces dernières années ont montré l'existence si fréquente de lésions osseuses que, par un revirement naturel, quelques auteurs en sont arrivés à dire que l'arthrite suppurée de la hanche chez les enfants du premier âge est toujours le résultat de la propagation, à l'articulation, d'une ostéomyélite voisine.

Sans admettre une opinion aussi exclusive, nous recon-

(1) *Die specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke. II. Das Hüftgelenk.* Berlin, 1902.

naissions que ces lésions osseuses sont fréquentes. Nous allons les étudier avec quelques détails, car ce travail préliminaire est indispensable pour nous rendre compte exactement des lésions que nous décrirons plus tard dans les suites éloignées de ces arthrites.

OBSERVATION I. — G. Wright, *The Lancet*, t. II, 1881.
(Résumé.)

Martha R..., treize mois. Rougeole, pas de traumatisme. Douleur et gonflement depuis la hanche jusqu'au genou ; abcès fessier, incision, grande quantité de pus. A l'exploration digitale, la tête du fémur saillante et rugueuse, l'articulation complètement désorganisée.

L'écoulement du pus persista longtemps. On enleva l'extrémité supérieure du fémur. La pièce enlevée avait la forme d'un bouton d'os, petit, rugueux, carié, couvert de granulations, et paraissait représenter la tête et le col du fémur. Guérison, raccourcissement d'un pouce.

OBSERVATION II. — Wright, *loc. cit.* (Résumé.)

Anna B..., dix-neuf jours. Gonflement énorme autour de la hanche gauche, raideur dans les mouvements de l'articulation. Incision. Écoulement énorme et persistant de pus. A l'exploration, articulation désorganisée. L'extrémité supérieure du fémur est disséquée et enlevée au scapel. Il ne restait point de trace de la tête de l'os ; un petit trou à la partie supérieure du grand trochanter, avec quelques petites granulations sur lui, voilà tout ce qui représentait la tête et le col de l'os. Mort.

OBSERVATION III. — Lannelongue et Achard, *Bull. méd.*,
1890, p. 789. (Résumé.)

M..., dix-sept mois. Gonflement énorme de la racine de la cuisse droite, avec abcès fessier. Incision ; grande quantité de pus,

ouverture de l'articulation coxo-fémorale, désunion complète de l'extrémité supérieure du fémur. Mort dans le marasme un mois et demi après.

Autopsie. — La synoviale qui double la capsule est rouge, épaissie. Elle se prolonge sur l'extrémité supérieure du fémur et pénètre dans les dépressions et anfractuosités qu'on y rencontre. Sur le cotyle, la synoviale se confond avec des fongosités rouges vasculaires qui remplissent presque toute la cavité. Ces fongosités se sont substituées au cartilage permanent et englobent tout le fibro-cartilage, qui disparaît en se confondant avec elles à la périphérie du cotyle.

En un mot, il n'y a plus, à proprement parler, de cavité cotyloïde et l'extrémité supérieure du fémur repose sur un plan matelassé de fongosités déjà assez consistantes, c'est-à-dire en voie d'organisation fibreuse. Ces fongosités du cotyle se continuent avec celles qui existent sur l'extrémité supérieure du fémur.

Il n'y a plus, à proprement parler, de tête fémorale reconnaissable. Du col, cartilagineux à cet âge, part une surface aplatie qui est en partie formée, non par le cartilage permanent, mais par le cartilage épiphysaire, sur lequel sont appliqués quelques restes du cartilage permanent et des fongosités inflammatoires. Quant au noyau osseux de la tête, il a disparu ainsi que presque tout le cartilage permanent.

La surface qui termine l'extrémité supérieure du fémur s'applique sur la cavité cotyloïde; les fongosités de deux os forment entre eux un lien continu. Pneumocoque.

OBSERVATION IV. — Chipault, *Soc. anat.*, Paris, 1890,
p. 280.

M..., deux mois et demi. Arthrites suppurées des deux coudes et de la hanche droite; petit abcès dans la région sacrée.

Articulation de la hanche. Capsule pleine de pus, qui a fusé en partie dans la fesse par une déchirure de la synoviale; sur tous les autres points la capsule est épaissie, peu résistante. La tête

fémorale est complètement détruite, il ne reste qu'un mamelon très peu convexe au ras de l'insertion synoviale. Ce mamelon est maintenu verticalement par des bandes de cartilage entre lesquelles l'os est à nu. Ostéomyélite à streptocoques.

OBSERVATION V. — Koplick, *Americ. Journal of the med. Sc.*, 1892. (Résumé d'après Aldibert.)

M..., cinq semaines. La mère a eu des accidents puerpéraux. L'enfant présente de la suppuration au niveau de la cicatrice ombilicale. Arthrites suppurées de deux hanches, du coude gauche et de la mâchoire gauche. Nécrose de l'extrémité supérieure du fémur. Ostéomyélite à streptocoques.

OBSERVATION VI. — Koplick (*loc. citato*). (Résumé d'après Aldibert.)

F..., deux semaines. Suppuration ombilicale. Arthrite suppurée du genou droit. Arthrotomie, puis résection des extrémités osseuses nécrosées. Arthrite coxo-fémorale incisée; tête et col entièrement détruits. Le grand trochanter nécrosé est enlevé. Ostéomyélite à streptocoques.

OBSERVATION VII. — Broca. *Autopsie d'un cas d'ostéomyélite de la hanche chez un enfant du premier âge. Gaz. hebd.*, 27 avril 1902. (Résumé).

Cartilage de la tête fémorale nulle part érodé, mais tout en restant libre il a perdu sa sphéricité complète, il est comme valonné. Lésion du cotyle; os noirâtre et dénudé sur l'étendue d'une lentille sur l'os iliaque près du cartilage en Y. Cette lésion est superficielle et n'atteint pas la face pelvienne qui est saine.

De ces observations, nous concluons :

Les lésions se localisent de préférence sur l'extrémité supérieure du fémur : il se produit une ulcération qui détruit le cartilage, envahit et parfois détruit complètement la tête et le col, si bien que l'extrémité supérieure du fémur peut se trouver réduite à la région trochantérienne comme dans la deuxième observation de Wright.

Du côté du cotyle on peut ne rencontrer aucune lésion ; on peut aussi, comme dans l'observation de Lannelongue, trouver une prolifération fongueuse, à laquelle prend part même le cartilage de revêtement du cotyle, et, enfin, on peut encore trouver un point de nécrose comme dans l'observation de Broca.

Il en résulterait donc que la lésion osseuse porterait dans ces cas plus souvent sur l'épiphyse supérieure du fémur et serait une *épiphysite*, suivant l'expression d'Aldibert (1).

Il est intéressant de faire ressortir cette différence avec l'ostéomyélite de l'adolescent dont le siège est juxta-épiphytaire.

Il n'y a donc pas lieu de chercher longuement quelle est la voie exacte que va suivre l'infection, primitivement osseuse, pour attaquer la synoviale.

En effet, cette infection est pour ainsi dire constamment intra-articulaire dès le début, puisqu'elle paraît attaquer la tête vers son sommet, c'est-à-dire dans une partie située en plein centre de l'articulation

Il y a peut-être des cas où l'infection osseuse a eu primitivement un siège juxta-épiphytaire. Ces cas ressemblent-

(1) *Loco citato.*

raient, par conséquent, beaucoup plus à l'ostéomyélite des adolescents, mais ils paraissent être une exception des plus rares, et nous n'en avons pas trouvé d'exemple absolument typique.

III. Étude clinique. — En général le début est brusque, accompagné de fièvre et de symptômes alarmants. Quelquefois cependant la gravité de ces symptômes est due à une série d'autres manifestations de même genre évoluant simultanément : érysipèle, abcès multiples de la peau et du tissu sous-cutané, autres localisations d'ostéomyélite et d'arthrite suppurée. Dans cet ensemble, la lésion de la hanche, moins facile à reconnaître, peut passer inaperçue ou n'être diagnostiquée que d'une façon tardive. Il faut savoir cependant que chez les jeunes enfants l'arthrite suppurée de la hanche peut se développer d'une façon lente et torpide, de même que dans d'autres articulations, sans s'accompagner de symptômes bien éclatants. L'enfant, déjà cachectique et fiévreux pour d'autres raisons, ne paraît pas se plaindre de la hanche : seule la tumeur de l'abcès symptomatique vient donner l'éveil.

Quoi qu'il en soit, l'arthrite suppurée de la hanche chez les jeunes enfants s'accompagne toujours de septicémie ordinairement aiguë, quelquefois subaiguë et même chronique, qui constitue le facteur le plus important comme gravité ; les enfants dépérissent, refusent le sein, ont fréquemment des vomissements et de la diarrhée et souvent ils succombent à cet ensemble de troubles généraux.

Les symptômes locaux peuvent être assez variables. Parfois nous aurons des douleurs violentes arrachant des cris au moindre attouchement du membre, au moindre mouvement; la cuisse est fléchie sur le bassin; les mouvements actifs et passifs sont entièrement entravés par la douleur.

Mais, à côté de cette forme, il en est une autre où les symptômes sont loin d'avoir une semblable acuité: les douleurs sont peu vives, l'enfant supporte d'être porté, il remue même la jambe malade. Lorsqu'on l'examine on trouve bien une légère attitude vicieuse en flexion, mais les mouvements sont conservés dans une étendue assez grande pour qu'on puisse parfois douter de l'existence d'une lésion aussi grave dans une articulation encore capable de tels mouvements.

Il existe enfin une troisième forme où les symptômes articulaires sont presque nuls et où le signe dominant est le développement d'une collection au voisinage de la hanche. Dans les cas de ce genre on reste parfois, toujours même, pourrait-on dire après la guérison, incertain de la participation de la hanche à la suppuration. Broca, Delanglade et Barbarin ont rapporté un fait intéressant de ce genre (Obs. XXVII, *Rev. d'orthopédie*, 1902.); mais nous croyons bien avec eux, et c'est également l'opinion de M. Nové-Josserand, qu'il faut, à peu près toujours, considérer l'articulation comme atteinte dans ces abcès périarticulaires d'apparence, mais cependant profonds, de la racine de la cuisse.

Dans les deux premières formes, qui sont les plus communes, les signes restent ainsi bornés à des symptômes généraux de septicémie aiguë ou lente et à des

symptômes locaux de douleur et d'attitude vicieuse jusqu'au moment où la suppuration dépasse les limites de l'articulation pour constituer un abcès extra-articulaire.

Celui-ci peut siéger naturellement tout autour de l'articulation : il semble cependant avoir trois points d'élection ; en arrière, d'abord, il s'accumule dans la fesse et vient pointer au niveau du pli fessier ; en dedans, il s'accumule dans la masse des adducteurs ; enfin, en dehors, il descend plus ou moins bas sur la face antéro-externe de la cuisse et vient s'ouvrir un peu en avant du trochanter.

Bien avant la formation limitée de l'abcès, on voit se surajouter aux premiers symptômes une tuméfaction diffuse de la racine de la cuisse avec un certain degré d'œdème ; puis, peu à peu, la tuméfaction se localise dans une des régions que nous avons indiquées ; celle-ci tend à s'ouvrir et la guérison peut ainsi être obtenue par la seule évolution naturelle de la maladie.

Mais cette guérison spontanée est fort rare : souvent l'enfant succombe aux accidents généraux de septicémie ou bien à une complication intercurrente telle que la diarrhée ou la broncho-pneumonie.

Nous n'avons pas de statistique permettant d'établir un pourcentage de la mortalité qui résulte de ces accidents généraux, mais il suffit, pour s'en faire une idée, de se rappeler qu'Aldibert et Braquehay ont trouvé dans l'ostéomyélite de la première enfance une mortalité de 35 à 50 %, et que certainement l'arthrite suppurée de la hanche est une des complications les plus graves de cette affection.

D'après Broca, il semblerait que la nature de l'agent infectieux ait une certaine influence sur la gravité de ces lésions : les ostéomyélites à streptocoques compromettant très rapidement la vie du malade, les cas dûs au staphylocoque ou au pneumocoque étant, au contraire, relativement plus bénins.

Cette gravité des symptômes généraux et des complications générales de l'arthrite suppurée des petits enfants paraît, du reste, compensée par une bénignité locale assez grande. « Ou bien, dit Broca, le sujet succombe en quelques jours, ou bien il guérit complètement avec une rapidité remarquable. (1) »

En effet, si l'on consulte les observations, on voit qu'une fois l'abcès ouvert, la suppuration tarit assez vite et que le membre reprend bientôt son attitude normale et sa souplesse.

On signale cependant quelques cas où l'on observe la persistance d'une suppuration entretenue par des séquestres, et qui se rapprochent beaucoup des formes prolongées de l'ostéomyélite des adultes. (Aldibert.) (2)

Braquehay (3), d'autre part, signale quelques troubles fonctionnels qu'il attribue à des anomalies de longueur, allongements plutôt que raccourcissements ; mais, en somme, ces petits accidents semblent peu graves relativement à l'importance de la maladie, dont ils sont la suite. Tout le monde, d'ailleurs, insiste sur la facilité avec laquelle les jeunes enfants recouvrent l'intégrité parfaite de leur articulation après les arthrites suppurées.

(1) *Gaz. hebd. de Médecine et de Chirurgie*, 27 avr. 1902.

(2) *Loco citato*.

(3) *Gaz. hebd. de Médecine et de Chirurgie*, 1895.

Cette opinion repose certainement sur des faits bien observés, dans lesquels on a vu l'articulation de la hanche se reconstituer parfaitement et ne présenter dans la suite aucun trouble fonctionnel; mais il faut remarquer que le nombre des malades que l'on a pu suivre jusqu'à l'époque où ils ont marché est relativement restreint. On les a considérés comme guéris parce qu'ils ne suppuraient plus, avaient un membre souple et sans attitude vicieuse, mais on n'a pas eu la preuve de la capacité fonctionnelle de leur nouvelle articulation.

C'est probablement pour cette cause que le pronostic local des arthrites suppurées de la hanche n'a pas été assombri jusqu'ici par des faits analogues à ceux que nous allons rapporter dans notre seconde partie.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATION I. (Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur NOVÉ-JOSSERAND.

Elle concerne un enfant de dix-huit mois, qui fut amené à M. Nové-Josserand, pour une claudication à la jambe droite. On racontait, qu'à l'âge d'une semaine, il avait eu un abcès au cou, suivi d'erysipèle et d'une série d'autres abcès du tissu sous-cutané au cou, à l'aisselle, etc. Le cinquième de ces abcès fut localisé à la cuisse droite : il s'était développé avec un cortège d'accidents infectieux graves et paraissait profond. Son incision donna issue à une grande partie de pus (250 grammes ?) et amena une guérison rapide, laissant comme seule trace une cicatrice légèrement déprimée au niveau du pli fessier.

L'enfant paru complètement guéri, ne conservant ni attitude vicieuse, ni raideur de la hanche, mais lorsque à l'âge de quinze mois il fit ses premiers pas, on constata de suite une claudication qui parut s'accroître à mesure que la marche devenait plus assurée.

Le caractère de cette claudication était celui d'une luxation congénitale de gravité moyenne.

L'examen objectif semblait, du reste, confirmer ce diagnostic. La jambe droite, légèrement plus grêle que la gauche, avait un raccourcissement d'un centimètre. Tous les mouvements avaient leur amplitude normale, l'adduction paraissait même légèrement exagérée.

A l'inspection, la hanche était élargie par la saillie du trochanter légèrement déplacé en dehors et en haut, la fesse aplatie et étalée.

Le palper montrait la vacuité de la région de l'aîne. L'extrémité supérieure du fémur se trouvait contre la paroi iliaque, un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure : dans la position en flexion et adduction, elle venait faire fortement saillie dans la fesse, et là, le palper, rendu difficile par l'épaisse couche de graisse et le faible volume des os, permettait de sentir une bosselure qui pouvait être interprétée comme la tête fémorale portée par un col court, ne donnant pas en somme une sensation notablement différente de ce qu'eût donné une luxation congénitale chez un enfant de cet âge.

La radiographie montre un cotyle dont le contour se dessine bien, mais qui est manifestement atrophié dans sa partie supérieure au niveau du toit. (*Voir fig. I.*) Le fémur est déplacé en haut d'un centimètre et demi environ, à en juger par le rapport de l'angle inféro-interne du col avec le cartilage en Y. Il présente le mouvement de rotation qu'on a l'habitude de voir dans la luxation congénitale et qui se traduit par ce fait que le col, au lieu de se présenter transversalement, se voit en raccourci, et que sur le prolongement de la diaphyse on ne distingue pas de noyau épiphysaire.

M. Nové-Josserand a tenté de réduire le déplacement de l'extrémité supérieure du fémur en procédant de la même manière que pour la réduction non sanglante d'une luxation congénitale.

Après avoir déchiré, par un mouvement forcé d'abduction, les adducteurs assez fortement tendus et assez résistants, il a cherché à déplacer le fémur en le portant en bas et en avant.

Des manœuvres assez prolongées furent nécessaires pour obtenir non pas une réduction nette accompagnée de ressaut, mais la sensation d'un déplacement, d'ailleurs assez peu étendu, du fémur en avant. Ce résultat fut maintenu par un bandage plâtré, fixant le membre en abduction moyenne et l'immobilisation pendant sept mois, en diminuant progressivement l'abduction à chaque renouvellement d'appareil.

Cette tentative a eu pour résultat une amélioration légère de la position du fémur qui se voit, sur la radiographie, à ce que l'angle inféro-interne du col est moins élevé qu'auparavant, par rapport

au cartilage en Y, et qui se traduit en clinique par une diminution du raccourcissement réduit à un demi-centimètre : le résultat s'est maintenu depuis sept mois. La claudication est légère et le raccourcissement n'a pas augmenté. On peut donc espérer que le fémur a trouvé à se fixer solidement dans sa nouvelle position.

OBSERVATION II. (Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur NOVÉ-JOSSERAND.

De..., deux ans, né à la Charité, à terme. Sa mère est morte il y a deux mois, d'une bronchite.

Il fut placé en nourrice et là, à l'âge de trois mois, il eut un abcès de la cuisse droite, accompagné de symptômes pas très graves, mais cependant assez sérieux pour qu'on ait prévenu les parents et qu'on l'ait montré au médecin qui ouvrit l'abcès.

La suppuration dura assez longtemps, mais, lorsque l'enfant fut retiré de nourrice à l'âge de onze mois, la plaie était cicatrisée depuis longtemps et on ne constatait rien d'anormal du côté des membres inférieurs.

Il commença à marcher à l'âge de dix-huit mois et, dès les premiers pas, on remarqua qu'il boitait de la hanche droite.

A l'examen, on constate une claudication assez prononcée de la hanche droite, consistant en une inclinaison en avant, analogue à celle que produirait une coxalgie guérie avec une légère position vicieuse en flexion.

L'enfant tient en effet sa hanche en légère flexion qui persiste dans le décubitus et ne peut être corrigée. L'abduction est aussi très légèrement limitée, mais tous les autres mouvements s'accomplissent facilement sans douleur et avec leur amplitude normale.

La hanche paraît élargie par suite du déplacement du trochanter qui est remonté et un peu plus saillant en dehors. Le palper digital montre en effet que, dans le pli de l'aîne, la région du cotyle est vide et que, par contre, on trouve l'extrémité supérieure du fémur au-dessus du cotyle appliquée contre la paroi pelvienne.

Dans la position en flexion et adduction, cette extrémité devient saillante dans la fosse iliaque et on peut alors assez facilement délimiter une tête, de forme normale, séparée du trochanter par un col qui paraît avoir une longueur sensiblement normale.

Raccourcissement de trois quarts de centimètre.

La radiographie donne l'impression d'un déplacement incomplet de la tête. Le noyau épiphysaire qui la représente se trouve au milieu du bord supérieur du cotyle et séparé de l'os iliaque par une distance de un centimètre. (*Voir fig. II.*)

Le col se voit dans toute sa longueur, de sorte que la tête se trouve au-dessus et en dedans de la diaphyse fémorale, et non pas sur le prolongement direct de cette dernière comme cela se rencontre dans la luxation congénitale. Le cotyle a un contour assez bien dessiné.

Le 4 novembre, sous anesthésie, M. Nové-Josserand entreprit de réduire le déplacement de la hanche suivant une méthode identique à celle employée dans les cas d'une luxation congénitale.

La cuisse étant fléchie à angle droit, par un mouvement forcé d'abduction, lent et progressif, il déchire les muscles adducteurs qui opposent une résistance assez grande. On a alors la sensation très nette de déplacer la tête en bas et en avant et de l'amener sur une surface lisse cartilagineuse, après avoir éprouvé un léger ressaut, nullement comparable à celui que donnerait une luxation traumatique, mais ressemblant plutôt à celui qu'eut donné une luxation congénitale avec bord postérieur du cotyle peu développé.

La réduction fut maintenue par un bandage plâtré fixant la cuisse en abduction à angle droit. Au bout de deux mois, le membre ramené dans une position d'abduction à 50° fut de nouveau fixé dans un bandage plâtré qui fut renouvelé de deux en deux mois jusqu'au 7 juillet 1902.

A ce moment le plâtre fut enlevé et l'enfant laissé libre de marcher sans appareil.

La tête fémorale un peu saillante en avant occupe sa situation normale dans le pli de l'aîne au-dessous des vaisseaux fémoraux qu'elle déborde un peu en dedans.

La hanche a repris sa forme normale.

Le raccourcissement n'existe plus.

La radiographie montre que le noyau épiphysaire abaissé se trouve maintenant au niveau du cotyle avec lequel il paraît avoir ses rapports normaux. (*Voir fig. III.*)

Au point de vue fonctionnel il y a une certaine limitation des mouvements en tous sens, mais l'enfant se met de suite à marcher assez bien.

28 octobre 1902. La hanche a repris sa forme normale, plus de raccourcissement: il persiste une légère atrophie qui se traduit par une diminution de deux centimètres à la cuisse, et d'un demi centimètre au mollet; la flexion dépasse un peu l'angle droit. L'abduction et l'adduction sont complètes: plus de position vicieuse. La rotation est très légèrement diminuée dans les deux sens.

L'enfant conserve pendant la marche une légère hésitation de la jambe droite.

OBSERVATION III. (Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur Fochier.

Femme T. ., âgée de quarante ans. A l'âge de quatre mois, étant en nourrice, elle aurait eu une suppuration de la région de la hanche droite, qui se serait ouverte spontanément.

Elle a conservé pendant longtemps une attitude vicieuse en flexion qui la faisait boiter beaucoup. A partir de l'âge de huit ans, les mouvements de la hanche sont devenus plus libres et la marche plus facile. Cette amélioration s'est encore augmentée vers l'âge de douze à treize ans.

Actuellement, cette malade présente une claudication de la jambe droite sans caractère bien marqué et relativement peu accentuée. Elle peut faire jusqu'à douze kilomètres et n'éprouve, en somme, qu'une gêne assez faible de son infirmité.

A l'examen, on trouve que le membre inférieur droit est en extension et sans attitude vicieuse autre qu'un certain degré

d'équinisme du pied, compensateur du raccourcissement, qui mesure dix centimètres.

La jambe droite, et plus particulièrement la cuisse, sont un peu atrophiées. Cette atrophie s'exprime, pour la cuisse, par une différence de deux centimètres et demi dans la circonférence du membre à la partie moyenne.

Sur la face antéro-externe de la cuisse se trouve une cicatrice légèrement déprimée, un peu adhérente aux plans profonds mais non à l'os, qui correspond à la trace de l'ancien abcès.

La flexion et l'adduction sont libres, celle-ci même très sensiblement exagérée ; l'abduction est à peu près complète, la rotation est exagérée, surtout dans le sens de la rotation externe.

La région de la hanche est déformée par le fait de la situation anormale du trochanter. Celui-ci est très remonté, son sommet est à cinq centimètres au-dessus d'une ligne transversale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure, il est, de plus, déplacé en arrière et moins saillant en dehors qu'à l'état normal.

Le palper ne fait pas rencontrer la tête à sa place dans le pli de l'aîne, mais il ne permet pas davantage de la rencontrer dans une position normale.

Lorsqu'on met la cuisse en flexion et adduction, l'extrémité supérieure du fémur devient très saillante en arrière et peut être facilement explorée. On se rend compte alors de l'absence de la tête et du col, aussi complète que si l'on eut pratiqué une résection de la hanche au niveau de l'insertion du col sur le trochanter.

La radiographie confirme cette absence complète de la tête et du col. Du côté du bassin, elle montre une atrophie assez accentuée de l'aile iliaque du côté malade, sans déformation appréciable du détroit supérieur. Au niveau du cotyle, on trouve simplement une surface plane sur laquelle repose la face interne également aplatie du trochanter.

OBSERVATION IV.

ALBERT. (*Wiener med. Presse*, 1887.)

Jeune fille de seize ans. Elle fut malade dans le troisième mois de sa vie, soudainement et d'une façon si grave que, au début, on craignit pour sa vie.

La hanche gauche était très tuméfiée ; il se forma un abcès dans la fesse qui, ouvert par le médecin, contenait une grande quantité de pus.

Dès les premiers essais de marche, on remarqua une claudication prononcée de cette jambe.

La jambe gauche, en parallèle avec l'autre, est plus courte de cinq centimètres, la circonférence de la cuisse gauche plus petite de six centimètres ; à la jambe la différence de grosseur est faible. Toute la musculature de la cuisse fonctionne bien. Dans le décubitus horizontal, le trochanter se trouve à un centimètre au-dessus du niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Si l'on place la cuisse en flexion moyenne et forte adduction, l'extrémité supérieure du fémur ressort fortement de la fesse ; on ne sent pas de tête fémorale, mais un moignon de surface articulaire dont la partie la plus saillante est à quatre centimètres du sommet du trochanter et présente un diamètre beaucoup plus petit que lui. Tous les mouvements actifs et passifs sont possibles dans leur étendue normale, sauf l'abduction dans laquelle le bassin est entraîné. L'adduction est exagérée.

Dans la station debout, le bassin est fortement incliné et la forme de la fesse presque pas modifiée.

La fillette compense le raccourcissement par de l'équinisme du pied.

Au moment de la marche, l'extrémité supérieure du fémur fait saillie au dehors, mais à un endroit qui se trouve à trois centimètres plus en dedans que la surface externe du trochanter.

Toute la jambe peut se mouvoir contre le bassin (articulation lâche). A environ un centimètre et demi au-dessous du pli fessier, se trouve une cicatrice longue d'un centimètre, profondément déprimée.

OBSERVATION V.

ALBERT (*loco citato*).

Jeune fille de quinze ans. La jambe gauche est plus courte de neuf centimètres et de situation tout à fait normale. Son développement est un peu en retard.

Couchée, la malade peut exécuter sans hésitation tous les mouvements de la hanche.

A l'examen des mouvements passifs on trouve un relâchement de l'articulation, comme dans la luxation congénitale. On peut mouvoir verticalement le fémur contre le bassin.

Dans la marche, la malade boite dans la hanche comme un individu atteint de luxation congénitale; elle boite beaucoup.

Pendant la flexion adduction l'extrémité supérieure du fémur est facile à palper; elle montre encore, à côté du trochanter, une tête fémorale atrophiée.

Si l'on considère la fesse pendant la station et la marche, celle-ci a une configuration toute différente de ce qu'elle est dans la luxation congénitale: il y a la forte inclinaison du bassin, mais l'extrémité supérieure du fémur proémine beaucoup plus en dehors que dans la luxation. Sur le côté du trochanter il y a une cicatrice déprimée.

L'anamnèse donne que l'enfant âgée de trois semaines fut très malade. Tous les chirurgiens renommés de Vienne furent appelés à la voir et s'arrêtèrent au diagnostic d'inflammation suppurée de la hanche, dont la cause ne fut pas précisée. L'abcès fut ouvert: il contenait beaucoup de pus. En différents autres endroits du corps, notamment à la tête, il se développa des abcès dont la plupart se résorbèrent.

OBSERVATION VI.

RICHARD, de Nancy. (Rapportée dans le *Traité* de Pravaz, obs. VIII.)
(Résumé.)

Un enfant, appartenant à une famille distinguée de Lyon, éprouve, huit jours après sa naissance, une légère tuméfaction de la cuisse dans la région voisine de la hanche. Il en résulte, après quelques jours, un phlegmon qui suppure et qu'il faut ouvrir avec une lancette.

La cicatrisation se fait dans un espace de temps très court. Les mouvements du membre redeviennent libres et rien ne fait présumer que l'articulation ait pu être intéressée.

Quinze à dix-huit mois s'écoulaient et l'enfant commence à marcher. Alors la claudication se fait entrevoir ; elle va chaque jour en augmentant.

Quand l'enfant est couché et qu'on réunit les membres, l'égalité est parfaite ; quand il est debout et qu'il pèse du poids du corps sur le membre malade, le bassin descend, la capsule articulaire se distend et la luxation s'opère ainsi peu à peu.

Pravaz fit une tentative de réduction, abaissa la tête, mais le maintien ne put être obtenu.

OBSERVATION VII.

PRAVAZ, *loc. cit.* obs. XIII. (Résumé.)

C'est au commencement du mois d'avril 1840 que je fus appelé à donner des soins à M^{lle} N... pour la maladie dont il s'agit ; cette enfant alors âgée de cinq mois, jusque là bien portante, était atteinte d'un gonflement de la cuisse droite avec impossibilité de la mouvoir.

Le membre était douloureux au toucher dans toute son étendue mais spécialement à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen.

En palpant dans le point spécialement douloureux on découvrait un engorgement profond, dur, paraissant siéger dans le périoste et assez bien circonscrit pour offrir quelque ressemblance avec celui qui accompagne un commencement de consolidation de fracture.

Un confrère appelé en consultation vers le milieu d'avril crut en effet y voir les traces d'une rupture du fémur et prescrivit l'application d'un bandage. La petite malade ne put supporter longtemps cet appareil. Le gonflement était devenu énorme et s'étendait à toute la cuisse.

Au commencement du mois de mai la fluctuation était manifeste à la partie supéro-externe et l'ouverture de l'abcès fut pratiquée. Le bistouri dut être plongé à la profondeur de deux centimètres au moins. La quantité de pus qui en sortit peut être évaluée à près d'un tiers de litre. Un érysipèle survint ensuite et la suppuration dura jusqu'aux premiers jours d'août.

Le membre était alors de la même longueur que l'autre, on remarquait seulement plus de mobilité dans l'articulation, mais elle n'était le siège d'aucune douleur dans les mouvements, ni par la pression.

Pendant l'été de 1841 (un an après), l'enfant commença à faire quelques pas; sa santé continuait à être excellente, mais, bien que le membre fût aussi long que l'autre, il paraissait y avoir une légère claudication.

En 1842, la claudication paraissait plus sensible, le genou droit se déviait un peu en dedans; les deux membres paraissaient encore égaux lorsque l'enfant était couchée, mais il y avait une mobilité plus grande dans l'articulation.

Quelque temps après on s'aperçut que la luxation était complètement opérée; le membre était plus court que l'autre dans le décubitus.

Le membre droit est plus court que le gauche d'environ deux centimètres, le pied se renverse en dehors, le trochanter est plus saillant et plus élevé que du côté sain. En l'embrassant avec la main et en imprimant au membre un mouvement de rotation en dehors on sent la tête fémorale former une saillie en haut et en

avant au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure. L'aine paraît vide; on reconnaît la présence de la tête un peu en dehors de l'artère crurale, les muscles sont grêles, les ligaments très lâches. En tirant sur le membre ou en le refoulant, on reconnaît que la tête du fémur n'est point fixée au lieu qu'elle occupe; du reste tous les mouvements se font librement et sans douleur.

Pravaz tenta également la réduction, il parvint à la réaliser mais non à la maintenir : « On n'est pas encore parvenu, dit-il, à fixer solidement la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, elle a toujours une grande tendance à s'en échapper; le sujet ressemble aux individus cités par A. Paré, Portal et Humbert qui avaient la faculté de se luxer la hanche à volonté.

OBSERVATION VIII.

(BRUNS et HONSEL, *Beitrag zur klinischen Chir.* Tubingen, 1899.)

Reinhold Buck, un an. Début aigu il y a six semaines après une chute, octobre 1889.

Fièvre élevée, hanche gauche tuméfiée très douloureuse à la palpation et aux essais de mouvements. Suspension de la jambe. Au bout de douze jours incision d'un abcès derrière le grand trochanter. Au bout de cinq semaines il sortit avec une plaie bien granuleuse. Cicatrisation au bout de trois semaines. Premiers essais de marche au bout de trois mois.

Examen en février 1898. Légère claudication; contracture en légère rotation externe; flexion, extension et adduction libres; l'abduction au-delà de 20° entraîne le bassin.

Aucun raccourcissement absolu. Trochanter remonté de deux centimètres et raccourcissement vrai de deux centimètres, circonférence de la cuisse, de deux centimètres cinq plus petite.

Radiographie : tête et col du fémur retardés dans leur croissance. Epiphyse irrégulièrement aplatie à sa surface. Tête dans le cotyle.

Il résulte de ces faits qu'à la suite de l'arthrite suppurée de la hanche chez les tout jeunes enfants paraissant être complètement guéris; on peut observer des troubles articulaires qui se manifestent seulement lorsque l'enfant commence à marcher et deviennent de plus en plus accentués à mesure que l'enfant avance en âge.

Nous allons chercher à déterminer quelles sont les lésions qui causent ces troubles fonctionnels; nous étudierons ensuite leur symptomatologie, leur diagnostic et leur traitement.

I. Anatomie pathologique. — Nos observations n'apportent que peu de renseignements sur ce chapitre; elles sont, en effet, purement cliniques, et plusieurs n'ont même pas été complétées par la radiographie.

Cependant, de l'étude attentive des faits et des radiographies que nous avons, on peut déjà tirer quelques notions intéressantes qui deviennent assez précises lorsqu'on les rapproche de l'examen anatomo-pathologique que nous rapporterons dans un instant.

Dans la première partie de notre thèse, nous avons admis que, assez souvent, l'arthrite suppurée de la hanche est une synovite: dans ce cas, on peut avoir, comme dans toutes les arthrites aiguës de la hanche chez les enfants du premier âge, une luxation pathologique résultant probablement de la destruction ou de l'affaiblissement de la capsule et du bourrelet fibro-cartilagineux. Les lésions osseuses étant alors nulles, la réduction du déplacement ne doit pas être absolument impossible.

Notre seconde observation paraît être un exemple de

cette variété; la luxation existait certainement, l'examen clinique et la radiographie l'ont montré suffisamment.

D'autre part, le fait qu'il a été possible de réduire ce déplacement et de le maintenir réduit montre clairement qu'il n'y avait pas de déformations osseuses importantes.

On pourrait peut-être interpréter de la même façon les observations VI et VII, purement cliniques, il est vrai, mais dans lesquelles on a constaté un déplacement de la tête avec intégrité relative des os; l'échec des tentatives de réduction peut bien s'expliquer par l'âge relativement avancé des enfants et la technique employée.

Nous croyons donc pouvoir admettre un premier type anatomique : *la luxation pathologique vraie sans déformation osseuse importante.*

Cependant, tous les cas ne peuvent pas être interprétés ainsi. Nous avons assez montré la fréquence et l'importance des lésions osseuses pendant la période aiguë pour prévoir que ces lésions doivent souvent jouer un rôle dans la production des troubles articulaires tardifs.

L'autopsie que nous allons rapporter nous paraît être un bon exemple des altérations qui doivent se rencontrer dans ces cas.

Il s'agit d'un enfant qui a succombé très peu de temps après son entrée à la Charité, dans le service de M. Auguste Pollosson, de sorte qu'on n'a pu recueillir aucun renseignement précis sur son histoire clinique.

L'autopsie faite par M. Nové-Josserand a montré les détails suivants :

Le bassin ayant été dépouillé de ses parties molles et réduit aux os et aux articulations, l'inspection montre que la hanche droite est un peu déplacée en haut et en

arrière ; elle paraît plus trapue et la capsule épaissie ne laisse pas voir la tête par transparence comme du côté sain. Les mouvements sont limités dans tous les sens à la moitié environ de leur étendue normale.

En ouvrant l'articulation par sa face postérieure, on trouve la capsule épaissie et dure ; la cavité articulaire n'est pas libre, elle est comblée par un grand nombre de fines adhérences unissant l'extrémité supérieure du fémur très déformée à un coussin de tissus fibreux qui comble le fond du cotyle et présente, à l'endroit où la tête repose sur lui, une légère dépression.

On ne trouve pas trace d'éléments normaux : ligament rond, cartilage d'encroûtement du cotyle, bourrelet fibro-cartilagineux.

En disséquant ce coussin fibreux après l'avoir fendu, on le trouve épais d'environ un centimètre, de consistance dure, presque fibro-cartilagineuse, très adhérent à l'os, sauf au niveau d'une sorte d'arrière fond contenant des tissus mous et vasculaires.

L'extrémité supérieure du fémur figure une sorte de moignon étalé, dont le revêtement cartilagineux, presque intact en bas et en arrière, s'amincit en haut et en avant, puis se réduit en quelques bandes étroites entre lesquelles l'os est recouvert seulement d'un revêtement mince qui forme à sa surface une sorte de vernis.

A la coupe (*Voir fig. IV et V.*) on se rend compte que la partie articulaire appartient à l'extrémité supérieure de la diaphyse. Le noyau épiphysaire existe, il est vrai, mais il se trouve réduit à un tout petit noyau occupant le point culminant de l'os et recouvert d'une mince couche de tissu fibro-cartilagineux.

Malgré l'absence de tout renseignement clinique, il ne nous paraît pas douteux qu'il s'agisse, dans ce cas, d'une lésion du genre de celle que nous étudions. Il est, en effet, certain que cette articulation présente les traces d'un processus inflammatoire. Rien dans l'autopsie ne nous permet de soupçonner que cette inflammation soit due à la tuberculose ou à la syphilis : les caractères macroscopiques et la topographie des lésions ne ressemblent en rien à ce qu'ils sont dans ces deux maladies. Au contraire, ces lésions s'expliquent bien avec l'hypothèse d'une arthrite aiguë, car elles sont ce que doivent naturellement devenir les lésions que nous avons vues en évolution pendant l'état aigu. La déformation de la tête avec son cartilage aminci au niveau du noyau épiphysaire, qui est presque mis à nu et notablement atrophié, est bien l'aboutissant de l'ulcération qui détruit la tête pendant la période aiguë.

D'autre part, ce coussinet fibreux, si curieux, qui remplit le cotyle, se comprend bien si on relit l'observation de Lannelongue et Achard, dans laquelle on a vu le cotyle comblé par des fongosités à la production desquelles participait le cartilage. Si l'enfant avait survécu et que son cartilage se fût restauré, ces fongosités auraient probablement donné un coussinet fibreux analogue à celui que nous avons vu.

Nous avons donc avec cette autopsie *un second type de déformation consécutive aux arthrites suppurées de la hanche dans la première enfance*. Ce type est caractérisé essentiellement par la déformation et la destruction plus ou moins complète de la tête qui peut avoir pour conséquence une subluxation pathologique.

De nos observations, trois paraissent devoir être rattachées à ce type ; ce sont les observations I, III et VIII.

Dans l'observation I, les lésions sont probablement très analogues à celle que présente cette autopsie, mais la destruction de la tête a été plus complète, car la radiographie ne présente pas trace du noyau épiphysaire. (*Voir fig. I.*)

Dans l'observation III, la destruction a été plus étendue encore, puisque l'extrémité supérieure du fémur se trouvait réduite à sa partie trochantérienne. Il est probable que cette destruction si incomplète est due, en partie, à un trouble de croissance résultant de la destruction du cartilage conjugal.

La troisième, au contraire (Obs. VIII), paraît être une forme moins grave : la tête, encore reconnaissable, est restée dans le cotyle, mais elle se montre déformée et, ainsi que le col, très sensiblement atrophiée.

On pourrait se demander maintenant si, à côté de deux types anatomiques que nous venons de définir, il n'y aurait pas place pour un *troisième*, caractérisé par la disjonction épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur.

C'est ce troisième type qu'Albert a prétendu voir dans les observations qu'il a rapportées, mais c'est une pure hypothèse qui ne repose sur aucune donnée anatomo-pathologique. Aucun fait précis, aucune radiographie ne démontre jusqu'ici l'existence de ce troisième type. Il existe très probablement ; il suffit pour s'en convaincre de rappeler la facilité des décollements épiphysaires chez les jeunes enfants, mais il faut attendre, pour l'admettre définitivement, la production de faits plus précis.

II. Étude clinique. — Le premier symptôme est la claudication qui se montre dès les premiers pas de l'enfant. D'abord légère, elle devient plus évidente à mesure que la démarche est mieux assurée et que le poids augmente. Cette circonstance n'est sans doute pas étrangère à la confusion qui a été faite souvent de ces lésions avec la luxation congénitale dont la claudication débute de même et s'accroît aussi progressivement.

Dans les observations I et V, la boiterie ressemblait aussi à celle de la luxation congénitale par ses caractères. Il s'agissait bien chez ces malades de l'inclinaison brusque du tronc en arrière et à droite, c'est-à-dire du déhanchement qui est typique de la luxation. Mais ce caractère n'est pas constant. Dans l'observation II le malade marchait en fléchissant légèrement le haut du corps en avant, comme après une coxalgie ayant déterminé un peu de raideur de la hanche.

Dans d'autres cas, la boiterie était sans caractère propre, ressemblant plutôt à celle qui résulterait d'un raccourcissement du membre.

L'observation III présente un intérêt particulier en montrant que la marche, gênée probablement au début par un certain degré de raideur, s'est améliorée progressivement jusqu'à l'âge de treize ans. A partir de cet âge, malgré une déformation considérable obligeant la malade à marcher sur la pointe du pied, la claudication est restée relativement faible, et chose plus étonnante, la résistance à la fatigue est devenue telle, que la malade a pu faire son ménage et effectuer une marche de douze kilomètres sans éprouver trop de gêne.

A l'examen, on trouve une atrophie plus ou moins mar-

quée du membre, et un raccourcissement qui varie naturellement suivant l'étendue des lésions, mais augmente aussi progressivement avec l'âge. Limité à un centimètre dans l'observation I et II (dix-huit mois et deux ans), il est de deux centimètres dans l'observation VII (trois ans), et dans l'observation VIII (neuf ans), où la lésion n'a provoqué qu'une déformation avec atrophie de la tête sans luxation. Il atteint ensuite cinq et neuf centimètres dans les observations IV et V (quinze et seize ans), et, enfin, dix centimètres dans l'observation III (quarante ans).

Cette augmentation progressive résulte probablement à la fois de la surcharge qui augmente le déplacement et du trouble d'accroissement résultant de l'altération du cartilage congugal supérieur du fémur.

A l'inspection, nous avons trouvé dans nos observations I et II la fesse élargie et aplatie, le trochanter plus haut et plus saillant, comme dans la luxation congénitale. Mais cette ressemblance n'est pas constante, Kœnig, dans sa seconde observation (Obs. V [1]), fait ressortir que pendant la marche le bassin s'incline fortement, mais que l'extrémité supérieure du fémur fait beaucoup plus fortement saillie en dehors que dans la luxation congénitale. Au contraire, dans l'observation III, le trochanter très déplacé en haut et en arrière, était beaucoup moins saillant en dehors qu'à l'état normal, ce qui s'explique bien par la disparition de la tête et du col.

Lorsque la tête est restée dans le cotyle (Obs. VIII), le palper ne peut donner aucun renseignement précis. Mais si elle est déplacée, et c'est le cas ordinaire, il montre la

(1) *Loco citato.*

vacuité de l'aîne et fait sentir l'extrémité supérieure du fémur plus ou moins haut et en arrière contre la paroi iliaque. Chez les enfants très jeunes, l'atrophie de la tête et du col sont difficilement perceptibles, mais à partir de l'âge de cinq ans on peut reconnaître par le palper assez exactement la forme et le volume de la tête fémorale en imprimant au membre, laissé en extension, des mouvements alternatifs de rotation en dedans et en dehors, ou mieux encore en plaçant la cuisse en flexion et adduction, ce qui fait saillir dans la fesse toute l'extrémité supérieure du fémur. On peut aussi déterminer l'absence complète de la tête et du col (Obs. III), ou leur remplacement par un moignon long de quatre centimètres, et beaucoup plus petit que le trochanter (Obs. IV), ou enfin, l'atrophie simple de la tête. (Obs. V.)

Un des symptômes les plus importants est l'absence d'attitude vicieuse et la conservation intégrale, ou à peu près, des mouvements. Il y a là, en effet, une opposition frappante avec les suites éloignées des arthrites suppurées des adolescents et de l'adulte dont les caractères prédominants sont précisément la raideur et les attitudes vicieuses.

Après les arthrites suppurées de la première enfance, au contraire, la souplesse de l'articulation paraît être constante, quelle que soit la nature exacte des lésions. Excepté l'observation II, où le membre était très légèrement fléchi, tous les mouvements étaient entièrement libres, sauf l'abduction qui, plusieurs fois, s'est montrée très légèrement limitée.

On a même noté une exagération de l'adduction et une laxité articulaire assez grande pour qu'il soit possible

de mouvoir le fémur contre le bassin, dans le sens vertical comme dans les luxations congénitales à capsules lâches.

Enfin, la radiographie est naturellement un complément très nécessaire à l'examen chimique. Elle montre chez les sujets âgés l'atrophie de la tête, sa déformation, son absence, l'effacement du cotyle, l'atrophie de l'aile iliaque correspondante. Mais elle a peut-être une importance plus grande chez les jeunes enfants où le diagnostic, avec la luxation congénitale, peut être délicat à poser.

Dans l'observation I, l'absence complète du noyau épiphysaire était déjà un fait important. Dans l'observation II, le diagnostic radiographique d'avec la luxation était assez facile à établir. Le noyau épiphysaire paraissait, en effet, plus petit que du côté sain et le col, se présentant nettement de profil, donnait une image bien différente de ce qu'on voit dans la luxation congénitale. Au contraire, la radiographie prise après la mort de l'enfant dont nous avons rapporté l'autopsie, montrait une déformation impossible à distinguer d'une luxation congénitale : le col, tourné en avant et se présentant en raccourci, la tête au-dessus de lui comme un point sur un *i* ; la seule chose pouvant mettre en éveil était la différence de volume assez appréciable des deux noyaux épiphysaires, celui du côté malade étant sensiblement plus petit.

III. Diagnostic. — De cet exposé symptomatique il résulte que la physionomie clinique des suites tardives des arthrites suppurées de la hanche dans la première enfance présente des variations assez grandes mais

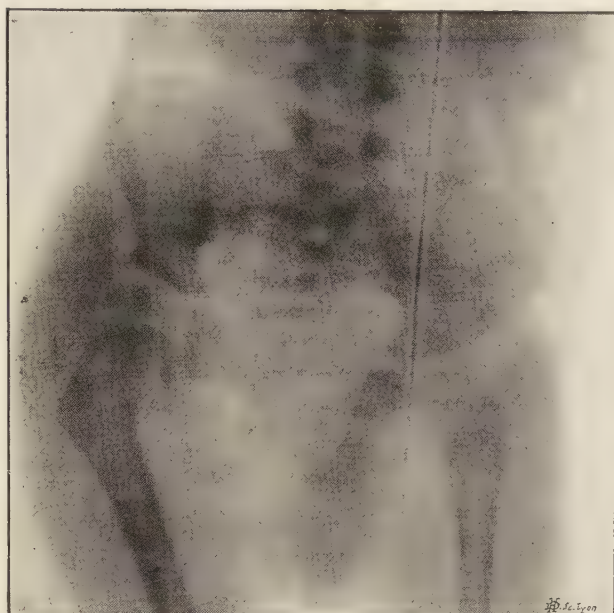


FIG. III. — Obs. II. La luxation est réduite ; le col et le noyau épiphysaire restent plus petits que du côté sain.



FIG. IV. — Tête et col du côté sain.



FIG. V. — Extrémité supérieure du fémur du côté malade ; disparition presque complète de la tête qui est réduite à son noyau épiphysaire atrophie.

que leur diagnostic est en réalité assez facile si l'on pense à rapporter à leur cause les symptômes observés.

C'est certainement à la luxation congénitale que l'on pense dans la plupart des cas; l'apparition de la claudication dès les premiers pas, son augmentation progressive, ses caractères qui sont souvent très semblables à ceux de la luxation, peuvent être une cause de confusion possible si l'on n'a pas l'antécédent de l'arthrite suppurée.

En effet, l'examen par le palper et par l'étude de la mobilité du membre peut permettre de ne relever aucune différence avec la luxation (Obs. I), car chez les enfants jeunes la déformation de la tête est encore trop faible pour pouvoir être perçue par le palper; on trouve alors une articulation souple ayant tous ses mouvements et jouissant même d'une laxité exagérée.

Chez les enfants plus âgés, le palper en montrant une atrophie considérable de la tête, voire même sa disparition complète comme dans l'observation III, peut mettre sur la voie du diagnostic.

De même encore, dans les cas qui nous occupent, les mouvements le plus souvent libres peuvent être quelquefois très légèrement limités surtout quand il s'agit de l'abduction.

Cela peut se présenter, il est vrai, dans la luxation congénitale mais pas au même degré.

Le diagnostic est donc relativement facile chez les enfants un peu âgés, mais chez les enfants tout jeunes il peut être très difficile par la seule étude des symptômes objectifs et on peut être amené à demander à la radiographie la solution du problème. Elle la donnera quelque-

fois d'une façon très nette, montrant par exemple, comme dans l'observation II (*Voir fig. II*), une tête luxée mais décelant aussi le col dans toute sa longueur, tandis que dans la luxation le col ne se voit qu'en raccourci ou bien en montrant encore la disparition complète du noyau épiphysaire comme dans l'observation I. (*Voir fig. I.*)

Mais, par contre, la radiographie que possède M. Nové-Josserand et dont nous avons déjà parlé (p. 40), donne une image absolument semblable à celle d'une luxation congénitale quant à la position de la tête et à l'attitude du col. On ne peut qu'y relever une différence bien peu sensible portant d'ailleurs sur le volume un peu moindre du noyau épiphysaire du côté malade.

La radiographie elle-même peut donc être impuissante à éclairer le diagnostic dans ces cas difficiles; la seule ressource alors est de retrouver la cicatrice de l'abcès.

Le diagnostic avec les autres affections de la hanche, traumatiques ou inflammatoires, doit être assez facilement tranché par l'examen clinique et par la radiographie pour que nous ne croyons pas nécessaire d'insister davantage.

Quant au pronostic il est naturellement grave en ce sens que les lésions persisteront toute la vie et que la thérapeutique a, généralement, peu d'action sur elles. Cependant l'observation III est intéressante parcequ'elle montre une certaine amélioration fonctionnelle résultant de l'organisation et de l'exercice de l'articulation nouvelle. Malgré la laxité de cette dernière et l'importance de la perte de substance osseuse, le trouble fonctionnel est relativement minime aussi bien comme claudication que comme résistance à la fatigue. Mais il faut attendre de nouveaux faits pour juger définitivement cette question.

IV. Traitement. — Dans les cas de luxation vraie, avec déformation osseuse légère ou nulle, on peut tenter la réduction par la méthode non sanglante et notre observation II montre que cette tentative peut être couronnée de succès. En cas d'échec il ne serait pas irrationnel de vouloir tenter cette réduction par la méthode sanglante comme Payr l'a fait pour des luxations anciennes poste-fébriles, mais nos documents sont trop peu nombreux pour nous autoriser à pénétrer plus avant dans cette discussion.

Dans le cas, au contraire, où la déformation osseuse, l'atrophie ou la destruction complète de la tête, sont les faits principaux, il est évident que toute tentative de réduction ne peut aboutir qu'à un échec. Fût-il possible de réduire ce rudiment de tête, le maintien serait impossible. Notre observation I montre cependant qu'on peut avoir une certaine amélioration par des manœuvres non sanglantes suivies d'une immobilisation plus ou moins longue. Là, en effet, la position du fémur a été un peu améliorée, le raccourcissement légèrement réduit et ce résultat s'est maintenu.

Ce succès ne nous paraît pas suffisant pour justifier un traitement en somme long et ennuyeux, tel que celui qui a été employé dans notre observation I, cependant il faut retenir, pour certains cas particuliers, qu'il n'est pas impossible de modifier, dans une certaine mesure et d'une façon durable, les rapports de l'extrémité supérieure du fémur avec le bassin.

CONCLUSIONS

- I. — Les arthrites suppurées de la hanche dans la première enfance peuvent laisser à leur suite des désordres articulaires qui ne se révèlent qu'au moment où l'enfant commence à marcher.
- II. — Au point de vue clinique, ces suites éloignées des arthrites suppurées de la hanche dans la première enfance sont tout à fait différentes de celles qu'on observe chez l'adolescent et l'adulte. Il n'y a, en effet, le plus souvent ni raideur ni attitude vicieuse, les mouvements sont libres, parfois même exagérés, et les seuls symptômes sont la claudication de caractère variable, le raccourcissement progressif du membre et une déformation de la hanche.
- III. — Au point de vue anatomique, il peut s'agir quelquefois de luxations pathologiques vraies, mais il semble que le plus souvent la lésion essentielle soit une atrophie avec déformation et parfois subluxation pathologique de la tête fémorale : nous n'avons pas trouvé d'exemple certain de décollement épiphysaire.

- IV. — L'apparition des troubles moteurs au moment où l'enfant commence à marcher, et parfois une ressemblance très grande dans les signes physiques et fonctionnels, rendent facile la confusion avec la luxation congénitale. La radiographie peut aider le diagnostic en révélant des déformations osseuses et en particulier l'atrophie de la tête.
- V. — La réduction non sanglante de luxations pathologiques vraies est possible. Dans les autres cas, aucune intervention ne paraît capable de donner un résultat assez appréciable pour être conseillée.

VU :

Le Président de la Thèse,

H. FOCHIER.

VU :

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 25 novembre 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

